



HOJA DE INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y/O BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA DE CALIFORNIA (MEDI-CAL)/PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO DISPONIBLE EN 34 CONDADOS (CMSP DE 34 CONDADOS)

PARA SOLICITAR ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y/O MEDI-CAL/CMSP DE 34 CONDADOS, complete las secciones de la 1 a la 13 en la solicitud que se adjunta y firme la sección de certificación (Sección 19). Entréguele el formulario a la oficina de bienestar público. Comuníquese con el condado si tiene una incapacidad o discapacidad y necesita ayuda para solicitar o continuar recibiendo asistencia monetaria, beneficios, y servicios.

ANTES DE PODER RECIBIR ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, O MEDI-CAL/CMSP DE 34 CONDADOS, INCLUYENDO ASISTENCIA POR NECESIDAD INMEDIATA, ASISTENCIA PARA PERSONAS SIN HOGAR, O SERVICIO URGENTE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, tiene que darnos por escrito toda la información que le pedimos en su declaración de datos y/o contestar las preguntas en la entrevista para determinar su elegibilidad. Utilizaremos la información que nos dé para determinar su elegibilidad y beneficios.

EN RELACIÓN A LA ASISTENCIA MONETARIA Y LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA, el condado le dirá si es necesario que se le tomen las huellas dactilares y una fotografía en imagen computarizada para poder recibir beneficios, y le dirá también cuándo se tiene que hacer.

PARA RECIBIR ASISTENCIA POR NECESIDAD INMEDIATA Y/O PARA PERSONAS SIN HOGAR, tiene que parecer que reúne los requisitos para recibir asistencia monetaria. Complete el formulario que se adjunta y denos la información que le pedimos. Es posible que tenga que cumplir algunas reglas, como darnos su(s) número(s) de Seguro Social, tratar de obtener ingresos que estén a su disposición, y estar de acuerdo en cooperar con la oficina local de mantenimiento de hijos en relación al mantenimiento de hijos/esposa(o) y mantenimiento en relación al cuidado de la salud.

EN RELACIÓN A LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA, un miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida (grupo) o el representante autorizado puede completar la solicitud y firmarla bajo pena de perjurio. Si usted no es un miembro adulto del grupo, tiene que tener una nota firmada por el jefe del grupo u otro miembro adulto del grupo, indicando que usted puede presentar la solicitud a nombre del grupo, que puede recoger las estampillas para comida, y/o puede usar las estampillas para comprar alimentos para el grupo.

ESTAMPILLAS PARA COMIDA — Fecha de elegibilidad
Si usted reúne los requisitos para recibir estampillas para comida, calcularemos sus beneficios a partir de la fecha en que presente la solicitud. Puede solicitar estampillas para comida el primer día en que se ponga en contacto con la oficina de bienestar público.

ASISTENCIA MONETARIA POR NECESIDAD INMEDIATA

Si tiene una emergencia, es posible que pueda recibir hasta \$200 mientras tramitamos su solicitud. Será necesario que nos describa su situación de emergencia y que demuestre que no tiene ingresos ni dinero para cubrir las emergencias que aparecen a continuación:

- falta de vivienda o de alimentos
- notificación de desalojamiento de la vivienda
- falta de servicios públicos y municipales o el haber recibido aviso de que cortarán esos servicios
- falta de ropa esencial
- necesidades esenciales de transporte que no se han satisfecho
- otras clases de emergencias que sean importantes para la salud y la seguridad.

Si se niega su petición para recibir un pago por necesidad inmediata, puede volver a solicitarlo mientras tramitamos su solicitud. Avísele al condado si algo cambia.

ASISTENCIA MONETARIA PARA PERSONAS SIN HOGAR

Si usted no tiene hogar o ha recibido una notificación para pagar la renta o desalojar la vivienda y quiere solicitar asistencia para personas sin hogar, comuníquese con el condado. La asistencia para personas sin hogar está disponible una vez en la vida, con algunas excepciones.

SERVICIOS ALTERNATIVOS DE CALWORKS*

Los servicios alternativos que se reciben para evitar la necesidad de recibir pagos mensuales de asistencia monetaria (de aquí en adelante "servicios alternativos"), pueden ayudarles a los solicitantes que necesitan algún tipo de asistencia pero que no quieren o no necesitan

asistencia pública a largo plazo. Estos servicios alternativos permiten que usted escoja entre un pago monetario global y servicios no monetarios en vez de recibir asistencia pública cada mes. Solamente puede escoger recibir estos servicios alternativos en el momento en que solicite asistencia monetaria y si los recibe, es posible que reúna los requisitos para recibir Medi-Cal, asistencia para el cuidado de niños, y estampillas para comida.

Después de revisar su información, el condado le dirá si usted es elegible para recibir servicios alternativos. Si es elegible y escoge recibir un pago monetario o servicios no monetarios en vez de asistencia monetaria:

- usted recibirá una notificación de negación en relación a la asistencia monetaria;
- si usted recibe asistencia monetaria más tarde, es posible que se reduzca la cantidad de su asistencia monetaria o el límite de tiempo que usted podrá recibir asistencia monetaria.

SOLICITANTES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA: Todo lo que tiene que hacer el día en que presente su solicitud es darnos su nombre y dirección, decirnos que quiere estampillas para comida (Sección 8), y firmar la solicitud (Sección 19). Antes de que podamos determinar si reúne los requisitos, tiene que darnos por escrito toda la información que le pedimos en su declaración de datos y/o contestar las preguntas en la entrevista para determinar su elegibilidad. Se le debe notificar si reúne los requisitos antes de que pasen 30 días a partir de cuando presente la solicitud.

SERVICIO URGENTE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA

Es posible que tenga el derecho de recibir estampillas para comida antes de que pasen tres días. Las personas que forman parte de su grupo para fines de estampillas para comida (grupo) tienen que reunir los requisitos del Programa de Estampillas para Comida Y TENER:

- gastos de alquiler (renta) o hipoteca y gastos de servicios públicos y municipales que sean mayores que sus recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo y los ingresos de este mes antes de las deducciones (**vea la siguiente página para ver el significado de "ingresos" y "recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo"**),
- no más de \$100 en recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo y menos de \$150 en ingresos para el mes antes de las deducciones,
- no más de \$100 en recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo, y por lo menos un miembro del grupo que sea un trabajador del campo migratorio o de temporada.

Para poder recibir estampillas para comida antes de que pasen tres días, **complete las secciones de la 1 a la 17 en la solicitud que se adjunta**, denos toda la información que le pidamos durante su entrevista para determinar su elegibilidad, y denos pruebas de su identidad.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD (PE) PARA RECIBIR BENEFICIOS DE MEDI-CAL PARA MUJERES EMBARAZADAS

Si está embarazada, es posible que, antes de solicitar Medi-Cal regular, pueda recibir Medi-Cal temporal de ciertos proveedores médicos para muchos servicios de cuidado prenatal. Pregúntele a su doctor o clínica si ofrecen PE. Si presenta su solicitud para recibir CalWORKs o Medi-Cal a más tardar para el fin del mes después del mes en que reciba una tarjeta de PE, su Medi-Cal temporal continuará hasta que la asistencia se apruebe o se niegue. Si tiene PE, dígaselo al condado y marque "SI" en ambas partes de la Sección 12.

MEDI-CAL/CMSP DE 34 CONDADOS - EMERGENCIAS MÉDICAS/EMBARAZO

Si tiene una emergencia médica o está embarazada Y desea recibir Medi-Cal/CMSP de 34 Condados lo más pronto posible, complete las secciones de la 1 a la 13. También tiene que dar toda la información que le pidamos durante la entrevista para determinar su elegibilidad y tiene que cumplir todos los requisitos de elegibilidad.

LO QUE SIGNIFICA CUANDO DECIMOS:

- **CalWORKs:** Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños.
- **Asistencia monetaria:** asistencia proveniente de los Programas de CalWORKs y/o Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA).
- **Servicios alternativos:** un pago monetario global o servicios no monetarios que se reciben en vez de recibir asistencia monetaria cada mes.
- **Estampillas para comida:** beneficios para los hogares que tienen bajos ingresos para ayudarles a comprar alimentos.
- **Servicio urgente de estampillas para comida:** servicio para recibir estampillas para comida antes de que pasen tres días.
- **Medi-Cal:** beneficios médicamente necesarios para las personas que reúnen los requisitos.
- **Presunta elegibilidad (PE) para recibir Medi-Cal:** cobertura temporal de Medi-Cal a través de ciertos doctores o clínicas para muchos servicios de cuidado prenatal en consulta externa.
- **CMSP de 34 Condados:** beneficios médicamente necesarios para personas adultas que reúnen los requisitos, que no reciben Medi-Cal, y que viven en ciertos condados rurales.
- **Medi-Cal limitado:** cuidado médico solamente para emergencias y relacionado al embarazo.
- **CMSP de 34 condados - limitado:** cuidado de emergencia solamente.
- **Representante autorizado:** una persona seleccionada por la persona que solicita o ya recibe estampillas para comida y/o Medi-Cal, quien pueda encargarse de algunos de sus asuntos.
- **Jefe del grupo:** un miembro del grupo para fines de estampillas para comida que es la persona responsable.
- **Ingresos:** dinero que se ha recibido o se espera recibir, como:
 - ingresos ganados, asistencia pública, mantenimiento de hijos/esposa(o), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), o beneficios del Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI);
 - Beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB), Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI), beneficios para veteranos (VA), u otros pagos debido a incapacidad/discapacidad;
 - fondos de huelga; pagos procedentes de inquilinos y huéspedes; subvenciones y préstamos escolares;
 - regalos y premios de dinero en efectivo, y otros pagos en dinero en efectivo.
- **Recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo:** dinero que no sea ingresos, como:
 - dinero en efectivo que tiene a la mano, cheques sin cambiar; dinero en cuentas de cheques o cuentas de ahorros; o certificados de ahorros;
 - escrituras de fideicomiso (*trust deeds*), pagarés por cobrar, acciones o bonos, etc.
- **Servicios públicos y municipales:** gas, electricidad, combustible para calentarse, teléfono (tarifa básica), instalación de estos servicios, recolección de basura, agua, alcantarillado, etc.
- **Usted, alguien, todos:** cualquier y toda persona que viva en el hogar de usted.

OTRAS COSAS QUE DEBE SABER:

- Puede solicitar, al mismo tiempo, asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal y tener una sola entrevista para las tres cosas.
- Tiene el derecho de completar este formulario usted mismo o de que alguien le ayude, si usted así lo pide.
- **PAGOS EXCESIVOS/EMISIONES EXCESIVAS:** Significa que recibió más asistencia monetaria o beneficios de lo que debería haber recibido. Tendrá que reembolsar el exceso aun si el condado cometió el error. Su asistencia monetaria o estampillas para comida se reducirán o se descontinuarán. Es posible que cambie su parte del costo de Medi-Cal/CMSP de 34 Condados.
- **FRAUDE Y PERJURIO:** El fraude y el perjurio son delitos. La ley dice que usted tiene que firmar una declaración de sanción por perjurio en la mayoría de los formularios para poder recibir y para seguir recibiendo asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal/CMSP de 34 Condados. Perjurio significa que usted mintió cuando prometió bajo juramento que iba a proporcionar

información que fuera verdadera, correcta, y completa. Si usted miente acerca de la información o a propósito no nos da toda la información o no nos informa de todas las situaciones que afectan su elegibilidad y el nivel de los pagos de asistencia, puede ser acusado de fraude.

- **Si se determina que usted es culpable de haber cometido fraude, es posible que reciba una multa de hasta \$10,000 en casos de asistencia monetaria y \$250,000 en casos de estampillas para comida, y/o que se le encarcele por tres años en casos de asistencia monetaria y por 20 años en casos de estampillas para comida. La asistencia monetaria y/o las estampillas para comida se pueden descontinuar durante 6 meses, 12 meses, 2 años, 4 años, 5 años, 10 años, 20 años, o para siempre. La asistencia monetaria para refugiados se puede descontinuar durante 3 meses y 6 meses.**
- **REGLAS ACERCA DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN):** Por medio de computadoras, comparamos los SSN con expedientes de oficinas de impuestos, bienestar público, empleo, la Administración del Seguro Social y otras oficinas para asegurarnos de que usted está reportando todos sus ingresos y recursos. Es posible que verifiquemos las diferencias con empleadores, bancos, y/u otros. También comparamos los SSN para asegurarnos de que no esté recibiendo asistencia en más de un caso, o en otro condado o estado. En relación a la asistencia monetaria y las estampillas para comida, comparamos los SSN con los expedientes de las oficinas encargadas del orden público para determinar si está pendiente alguna orden de arresto.

Asistencia monetaria y estampillas para comida: Usted tiene que darnos el SSN de cada solicitante/beneficiario de asistencia monetaria y/o estampillas para comida. Si se niega a darnos ya sea el SSN o pruebas de que ha solicitado el SSN, no podrá recibir asistencia monetaria ni estampillas para comida. Para asistencia monetaria, tiene que darnos los SSN o pruebas de que los ha solicitado, antes de que pasen 30 días a partir de la fecha en que presentó su solicitud, y tiene que darle los SSN al condado cuando los reciba.

Medi-Cal/CMSP de 34 Condados: Se le pide a cada solicitante de Medi-Cal/CMSP de 34 Condados que tiene un SSN, que se le proporcione al condado. Cualquier ciudadano o nacional de los Estados Unidos (EE. UU.), persona no ciudadana bajo amnistía que tenga un documento I-688 válido y actual, persona no ciudadana con residencia legal permanente en los EE. UU. (LPR), o persona no ciudadana con residencia permanente en los EE. UU. a discreción gubernamental (PRUCOL) que se niegue a dar el SSN o pruebas de haber solicitado un SSN, no podrá recibir Medi-Cal/CMSP de 34 Condados. Cualquier persona no ciudadana que no tenga un SSN y que no sea una persona no ciudadana bajo amnistía con un I-688 válido y actual, o un LPR o PRUCOL, aún puede recibir beneficios limitados de Medi-Cal/CMSP de 34 Condados, si él o ella cumple todas las reglas de elegibilidad, incluyendo la residencia en California.

QUEJAS

Si piensa que se le ha discriminado, comuníquese con el representante del condado para los derechos civiles o escriba a la Oficina Estatal de Derechos Civiles:
State Civil Rights Bureau
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430;
o llame por cobrar al 1-(916) 654-2107;
o para las personas con problemas de sordera o del habla que usan aparatos de telecomunicaciones para las personas sordas (TDD), llame al 1-(916) 654-2098.

Para otras clases de quejas, primero comuníquese con el condado. Si usted y el condado no pueden ponerse de acuerdo, escriba a la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público (PIAR):
Public Inquiry and Response (PIAR)
744 P Street, M.S. 6-23
Sacramento, CA 95814;
o llame al teléfono 1-(800) 952-5253;
o las personas con problemas de sordera o del habla que usan TDD, pueden llamar al 1-(800) 952-8349.

AUDIENCIAS CON EL ESTADO

Tiene que solicitar la audiencia antes de que pasen 90 días a partir de la acción del condado y tiene que decir por qué quiere una audiencia. Puede solicitar una audiencia con el Estado escribiéndole a la oficina local de bienestar público de su condado o llamando a uno de los números de teléfono de PIAR que aparecen arriba, si:

- no está de acuerdo con cualquier acción que tome el condado; o
- está solicitando una audiencia con el Estado relacionada a la asistencia monetaria, estampillas para comida, o Medi-Cal.

Para apelar cualquier asunto relacionado a la elegibilidad para el CMSP de 34 Condados, **solamente** puede escribirle a su condado.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y/O BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA DE CALIFORNIA (MEDI-CAL)/PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO DISPONIBLE EN 34 CONDADOS (CMSP DE 34 CONDADOS)

Antes de completar esta solicitud, lea la hoja de información. Si necesita más espacio para contestar, escriba en el reverso de esta hoja.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------|----------------------------|------------------------|--|-------|----------|-------|----------|-------|----------|---|--|--|----|----|---|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|
| <p>1. NOMBRE DEL SOLICITANTE (NOMBRE, INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO)</p> | <p>2. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN)</p> | <p>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</p> <hr/> <p>CASE NAME</p> <hr/> <p>CASE NUMBER</p> <hr/> <p>DATE RECEIVED</p> <hr/> <p>TYPE OF APPLICATION:</p> <p>CA: <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> RCA</p> <p>FS: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Recert <input type="checkbox"/> Rest</p> <p>MC: <input type="checkbox"/> CMSP: <input type="checkbox"/></p> <p>Homeless:</p> <p>FS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CA: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CW 42</p> <p><input type="checkbox"/> Pickle Screening</p> <p>Ethnic Group:</p> <p>Race:</p> <p>Primary Language:</p> <p>CA I.N.</p> <p><input type="checkbox"/> Denied/NOA prep</p> <p><input type="checkbox"/> Approved</p> <p><input type="checkbox"/> Expedited Grant</p> <p><input type="checkbox"/> Applicant requested</p> <p>CWD to complete SAWS 1</p> <p>(_____) (Initials)</p> <p>FS E.S.</p> <p><input type="checkbox"/> E.S. questions not completed</p> <p><input type="checkbox"/> Screened for E.S.</p> <p>Date _____</p> <p>(_____) (Initials)</p> <p>FS Referral for:</p> <p><input type="checkbox"/> E.S. Processing</p> <p><input type="checkbox"/> Regular Processing</p> <p><input type="checkbox"/> CWD records cleared</p> <p><input type="checkbox"/> MEDS CDB cleared</p> <p><input type="checkbox"/> IEVS initiated</p> <p><input type="checkbox"/> Copy of SAWS 1 and coversheet given to applicant</p> <hr/> <p>TRANSITIONING CASE NUMBER</p> <hr/> <p>COUNTY OF APPLICATION</p> <hr/> <p>COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3. NOMBRE DE SOLTERA U OTRO NOMBRE (SI LO HAY)</p> | <p>2A. FECHA DE NACIMIENTO (mes, día, año completo - por ejemplo: 06/05/1978)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. DIRECCIÓN DEL HOGAR: NÚMERO CALLE</p> <p>CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL</p> | <p>5. DIRECCIÓN PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE)</p> <p>CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>6. NÚMEROS DE TELÉFONO: DEL HOGAR () DEL TRABAJO () PARA MENSAJES ()</p> | <p>7. ¿Es permanente la dirección de su hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO TENGO HOGAR</p> <p>Si no es permanente, por favor explique:</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>8. ¿Está alguien solicitando: Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Medi-Cal <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Estampillas para comida <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CMSP de 34 Condados <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Cualquier otro programa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es "SÍ", explique:</p> | | <p>9. ¿Alguna vez alguien ha solicitado o recibido asistencia o beneficios, incluyendo Medi-Cal/CMSP de 34 Condados/ asistencia médica en otro estado (Medicaid), o servicios alternativos - monetarios o no monetarios - en vez de asistencia monetaria cada mes? Si su respuesta es "SI", anote:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;">CLASE DE ASISTENCIA/BENEFICIO</td> <td style="width:50%; border-bottom: 1px solid black;">FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE(S) QUE HA USADO</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">¿DÓNDE SE RECIBIÓ? (CONDADO/ESTADO/PAÍS)</td> </tr> </table> | CLASE DE ASISTENCIA/BENEFICIO | FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ | NOMBRE(S) QUE HA USADO | ¿DÓNDE SE RECIBIÓ? (CONDADO/ESTADO/PAÍS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CLASE DE ASISTENCIA/BENEFICIO | FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE(S) QUE HA USADO | ¿DÓNDE SE RECIBIÓ? (CONDADO/ESTADO/PAÍS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>10. La ley dice que tenemos que anotar su grupo étnico, raza, e idioma. Esto no afectará su elegibilidad para recibir beneficios.</p> <p>A. ETNIA (Todos también tienen que contestar "B" a continuación.) ¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>B. RAZA/GRUPO ÉTNICO - Marque cada casilla que sea pertinente. Si no completa esta sección, el condado lo hará por usted.</p> <p><input type="checkbox"/> Indio (indígena) de los EE. UU. de América o Indio (indígena) de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático (Si marca esta casilla, por favor seleccione una o más de las siguientes.) <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático (Especifique.) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano indígena u otro isleño del Pacífico (Si marca esta casilla, por favor seleccione una o más de las siguientes.)</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano indígena <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro (Especifique.) _____</p> <p>C. IDIOMA PRINCIPAL - <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Idioma americano de señas</p> <p><input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro (Especifique.) _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>11. ¿Es alguien un trabajador del campo migratorio o de temporada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>12. ¿Está alguien embarazada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es "SÍ", ¿recibió ella una tarjeta de presunta elegibilidad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>13. ¿Tiene alguien alguna emergencia personal? Si su respuesta es "SÍ", marque (✓) la clase: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidad médica inmediata <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Abuso de niños <input type="checkbox"/> Abuso de esposa(o) <input type="checkbox"/> Abuso de personas de edad avanzada</p> <p><input type="checkbox"/> Otra emergencia que amenaza la salud o la seguridad Explique:</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>SI NECESITA: UN PAGO DE ASISTENCIA MONETARIA POR NECESIDAD INMEDIATA..... CONTESTE DEL 14 AL 18.</p> <p>SERVICIO URGENTE DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA CONTESTE DEL 14 AL 17.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>14. ¿Cuánto tienen todos, incluyendo a los niños, en recursos que son o se pueden convertir en dinero en efectivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Dinero en efectivo, cheques sin cambiar o giros \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cuentas de cheques/ahorros o en la unión de crédito \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Escrituras de fideicomiso, pagarés por cobrar, acciones, o bonos \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (Explique.) \$ _____</p> | <p>17. ¿Cuál es la cantidad de sus gastos de servicios públicos y municipales que no están incluidos en su alquiler este mes? \$ _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>15. ¿Cuánto recibieron o recibirán todos, incluyendo a los niños, en ingresos este mes?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">Fecha</td> <td style="width:25%;">Cantidad</td> <td style="width:25%;">Fecha</td> <td style="width:25%;">Cantidad</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> <td>\$ _____</td> </tr> </table> | Fecha | Cantidad | Fecha | Cantidad | _____ | \$ _____ | _____ | \$ _____ | _____ | \$ _____ | _____ | \$ _____ | <p>18. ¿Ha recibido una notificación de desalojamiento de la vivienda, o una notificación para pagar la renta o desalojar la vivienda?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;"></td> <td style="width:15%; text-align: center;">SÍ</td> <td style="width:15%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>¿Le cortaron o recibió aviso de que le van a cortar los servicios públicos y municipales?</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>¿Se le acabará la comida en 3 días o menos?</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>¿Necesita ropa esencial, tal como pañales o ropa necesaria para el frío?</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td>¿Necesita transporte para obtener alimentos, ropa, cuidado médico, u otros artículos de emergencia?</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> | | | SÍ | NO | ¿Le cortaron o recibió aviso de que le van a cortar los servicios públicos y municipales? | | | ¿Se le acabará la comida en 3 días o menos? | | | ¿Necesita ropa esencial, tal como pañales o ropa necesaria para el frío? | | | ¿Necesita transporte para obtener alimentos, ropa, cuidado médico, u otros artículos de emergencia? | | |
| Fecha | Cantidad | Fecha | Cantidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | \$ _____ | _____ | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | \$ _____ | _____ | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SÍ | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Le cortaron o recibió aviso de que le van a cortar los servicios públicos y municipales? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se le acabará la comida en 3 días o menos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Necesita ropa esencial, tal como pañales o ropa necesaria para el frío? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Necesita transporte para obtener alimentos, ropa, cuidado médico, u otros artículos de emergencia? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>16. ¿Cuánto es su alquiler (renta) o hipoteca este mes? \$ _____</p> | <p>• Certifico que recibí una copia de la hoja de información. Entiendo y estoy de acuerdo de que tengo que cumplir las reglas de elegibilidad, algunas de las cuales quizás tenga que cumplir antes de que se me pueda dar cualquier clase de asistencia. Entiendo que es posible que se comprueben y verifiquen las declaraciones que he hecho en este formulario.</p> <p>• Certifico que si es que solicité estampillas para comida, el condado me informó acerca de mi derecho al servicio urgente de estampillas para comida.</p> <p>• Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta, y completa.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>19. FIRMA (O MARCA) DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO</p> | <p>FECHA EN QUE FIRMÓ</p> | <p>COUNTY OF APPLICATION</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, O DEL INTERPRETE</p> | <p>FECHA EN QUE FIRMÓ</p> | <p>COUNTY OF RESIDENCE (IF DIFFERENT)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |